

本申請は、適用区分が入った資格確認書を
継続的に発行する申請になります
★毎年申請する必要はありません

資格確認書交付兼任意記載事項併記申請書

↓ 対象者の住所・氏名・生年月日を記載願います ↓

交付を希望する 被保険者	フリガナ アサヒカワ タロウ	生年月日 昭和18年1月1日
	氏名 旭川 太郎	
個人番号		
住所	旭川市7条通9丁目	

申請理由 該当するものに ☑してください	<p><input type="checkbox"/>マイナンバーカードを紛失した又は更新中で、有効なマイナンバーカードが手元にない</p> <p><input type="checkbox"/>マイナンバーカードを返納する予定である</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>介助者等の第三者が被保険者本人に同行して本人の資格確認を補助する必要があるなど、マイナンバーカードでの受診が困難である</p> <p><input type="checkbox"/>既に資格確認書の交付を受けているが、任意記載事項についても記載したい</p> <p><input type="checkbox"/>その他</p> <p>※マイナンバーカードによるオンライン資格確認を受けることができない事情を具体的に記載ください ()</p> <p>※マイナンバーカードを取得していない方、取得しているが保険証利用登録を行っていない方には、申請によらず資格確認書が交付されるため、申請の必要はありません。</p>
----------------------------	---

任意記載事項の 記載の希望	<p>任意記載事項の記載を希望する（希望するもの全てに☑してください）</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>自己負担限度額等の適用区分</p> <p><input type="checkbox"/>特定疾病区分</p> <p><input type="checkbox"/>任意記載事項の記載を希望しない</p> <p>※任意記載事項を記載することで、例えば、同一医療機関等において、1箇月につき定められた自己負担限度額の範囲内で療養の給付を受けることができます。</p> <p>※「自己負担限度額等の適用区分」とは、自己負担限度額の適用区分又は食事療養標準負担額若しくは生活療養標準負担額の減額の適用区分をいいます。</p> <p>※「特定疾病区分」とは、厚生労働大臣が定める特定疾病（人工腎臓を実施する慢性腎不全など）の認定を受けた場合の認定を受けた特定疾病を指す区分（記号で表記）をいいます。</p>
------------------	---

北海道後期高齢者医療広域連合長 宛

上記のとおり、資格確認書の交付 ・ 任意記載事項の併記 を申請します。

8年4月12日

申請日(記入日)↑
を記載願います

申請者の氏名・住所・電話番号・続柄の記載をお願いします

↓ 委任状不要で親族以外の申請も可能ですが、必ず資格確認書等をお持ち下さい

氏名

旭川 花子

住所

神楽1条1丁目1-1

電話番号

0166-00-0000

被保険者本人との関係

子

(※代理人が申請する場合は、別途、委任状の添付が必要になります。)